

Patient:

Name, Vorname Geburtsdatum

Versicherter:

Name, Vorname Geburtsdatum

Anschrift:

PLZ/Ort Straße Telefon

Arbeitgeber:

Beruf Telefon

Sie sind:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> privat versichert | <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert, wenn ja | <input type="checkbox"/> Zusatzversichert |
| <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt | | <input type="checkbox"/> Freiwillig versichert |
| | | <input type="checkbox"/> Pflichtversichert |

Ihre Versicherung/Krankenkasse: _____

Da auch Allgemeinerkrankungen Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben können und sich ein Gesundheitszustand auch im Laufe der Jahre einmal ändern kann, bitten wir Sie darum, diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Somit ermöglichen Sie uns, die erforderliche Behandlung Ihrem aktuellen Gesundheitszustand anzupassen.

Ihre Angaben werden elektronisch gespeichert, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Datenschutzbestimmungen.

Bitte beantworten Sie möglichst alle Fragen vollständig. Vielen Dank.

- | | ja | nein | |
|---|--------------------------|--------------------------|-------|
| ❖ Sind Sie z. Zt in ärztlicher Behandlung ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ❖ Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? | | | _____ |
| ❖ Ihr Hausarzt? | | | _____ |

Allgemeinmedizinische Anamnese

Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen? Zutreffendes bitte ankreuzen

- | | ja | nein | genauere Angaben: |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------------|
| ❖ Herzerkrankungen/Herzinfarkt/Herzoperationen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ❖ Kreislauferkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ❖ Chronische Erkrankungen (z. B. Asthma, Arthrosen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ❖ Bluterkrankungen/Anämien/Blutungsneigung/Hämophilie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ❖ Stoffwechselstörungen (Zucker, Schilddrüse...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ❖ Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ❖ Erkrankungen des Nervensystems/Anfallsleiden/Epilepsie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ❖ Leberentzündung/Hepatitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ❖ andere Infektionserkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ❖ Immunschwäche (HIV positiv)/AIDS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ❖ Erkrankungen des Immunsystems | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ❖ Allergien bzw. Überempfindlichkeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ❖ Besitzen Sie einen Allergiepass? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ❖ Penicillin-Überempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ❖ Einnahme gerinnungshemmender Medikamente (z. B. Marcumar) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ❖ Bestehen z. Zt. sonstige Erkrankungen? | | | _____ |
| ❖ Welche Medikamente nehmen Sie z. Zt ein? | | | _____ |

- | | ja | nein | |
|--|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| ❖ Sind oder waren Sie drogenabhängig (auch Alkohol)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ❖ Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, wieviel? _____ |
| ❖ Nur für Frauen: Sind Sie schwanger? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Hinweis: Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen und um Sie in Ruhe behandeln zu können, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Deshalb bitten wir Sie, Ihren Termin pünktlich einzuhalten. Der Termin wird ausschließlich für Ihre Behandlung reserviert. Wir behalten uns vor, reservierte und nicht 24 Stunden vorher abgesagte Termine in Rechnung zu stellen, es sei denn ein Nichterscheinen erfolgt unverschuldet.

Einverständnis Recall:

Ich bin damit einverstanden, dass ich schriftlich an meine (halb-)jährlichen Vorsorgeuntersuchungen erinnert werde. ja nein

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift:

Ort/Datum

Unterschrift des Patienten